

PREVENTIE VAN SUÏCIDE

Hoe het suïciderisico detecteren en taxeren?

L. DE DEKEN, E. VAN ROSSEN, L. PAS, M. VAN NULAND

SAMENVATTING

Met dit derde artikel in de reeks over suïcidepreventie willen we huisartsen een leidraad bieden om suïcidaliteit bij hun patiënten te detecteren en om het risico op effectief suïcidaal gedrag in te schatten. We beperken ons daarbij tot suïcidaliteit bij volwassenen en ouderen zonder ernstige psychotische stoornissen.

Deze reeks over suïcide kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Gemeenschap, meer bepaald het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

L. De Deken, huisarts, afdeling Onderzoek, Domus Medica vzw;

E. Van Rossen, ten tijde van dit project hoofd afdeling Onderzoek, Domus Medica vzw;

L. Pas, huisarts, hoofd afdeling Onderzoek, Domus Medica vzw;

M. Van Nuland, huisarts, Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven.

Correspondentie: lutgart.de.deken@skynet.be

Belangenconflict: niets aangegeven

De Deken L, Van Rossen E, Pas L, Van Nuland M. Preventie van suïcide. Hoe het suïciderisico detecteren en taxeren? *Huisarts Nu* 2010; 39:121-4.

INLEIDING

Experts en beleidsmakers gaan ervan uit dat de incidentie van suïcidaal gedrag significant verminderd kan worden door projecten die de eerste lijn bewustmaken van de noodzaak van een actieve psychologische begeleiding van depressie en een goede detectie en taxatie van suïcidaliteit ¹. Er bestaat een omvangrijke beschrijvende literatuur waaruit modellen gedistilleerd kunnen worden voor de detectie en taxatie van suïcidaliteit ². De wetenschappelijke bewijsvoering van de effectiviteit van het gebruik hiervan in de huisartsenpraktijk is echter zeer beperkt. Anderzijds is er relatief veel consensus onder experts over de gewenste aanpak in de eerste lijn.

Dit artikel is voor een groot deel gebaseerd op adviezen van binnen- en buitenlandse experts. Veel van deze adviezen zijn gepubliceerd in peer reviewed publicaties en waar mogelijk vergeleken met de beschikbare wetenschappelijke evidentie. Dit artikel is meer dan een neerslag van opinies en theoretische beschouwingen; de aanpak die wij in dit artikel omschrijven, wordt ondersteund door zo goed als alle wetenschappelijke autoriteiten en overheidsinstanties die zich om deze problematiek bekommeren.

ONTWIKKELING VAN SUÏCIDALITEIT

Onderzoek heeft aangetoond dat suïcidaliteit een erg complex en multifactorieel probleem is. Suïcidaal gedrag ontstaat altijd vanuit een combinatie en cumulatie van verschillende oorzaken en risicofactoren. Suïcidaal gedrag kan worden gezien als het resultaat van gelijktijdig voorkomende, onderliggende, permanent aanwezige factoren (traits) en onmiddellijke, toestandsgebonden risicofactoren (state), in afwezigheid van voldoende beschermende factoren. Een onevenwicht tussen beschermende en risicoverhogende factoren is hierbij essentieel ³.

Het cognitieve suïcidale beleevingsproces wordt gekenmerkt door een samenspel van drie cognitieve processen: vernauwing, tegen zichzelf gerichte agressie en zelfdodingsfantasieën ^{4,5}.

Vernauwing

De cognitieve vernauwing kan zich situeren in de beleving van de eigen situatie, in de perceptie van de eigen mogelijkheden, in de gevoelswereld, in het denken, in de intermenselijke relaties, in de waardebeleving en in de tijd- en ruimtebeleving. De betrokkene ziet vaak bijna niets anders meer dan zijn eigen miserie en ziet hiervoor geen uitweg meer. Vaak zijn er denk- en geheugenstoornissen, 'zwart/wit'-denken, selectieve abstracties (conclusies op basis van een detail, terwijl alle andere elementen genegeerd worden), arbitraire gevolgtrekkingen (conclusies op basis van irrelevante zaken), overgeneralisatie (algemene conclusies op basis van één gebeurtenis), catastrofaal denken (het allerslechtste denken en verwachten) en een onrealistische verhouding tussen positieve en negatieve herinneringen.

Tegen zichzelf gerichte agressie

De tegen zichzelf gerichte agressie kan ook beperkt blijven tot een cognitief proces dat niet noodzakelijk tot uiting komt in zichtbaar gedrag. Het kan zich beperken tot een erg kritische zelfevaluatie, een sterk verminderd zelfwaardegevoel, het zelf opzoeken van sociaal isolement, enzovoort. Zelfs als deze tegen zichzelf gerichte agressie wél tot uiting komt in gedrag, kan dit op verschillende manieren gebeuren: door actief zelfbeschadigend gedrag, bijvoorbeeld in de vorm van effectieve automutilatie, of door eerder passief zelfbeschadigend gedrag, bijvoorbeeld in de vorm van zelfverwaarlozing.

Zelfdodingsfantasieën

Zelfdodingsfantasieën evolueren vaak naar steeds meer concrete beelden en kunnen in bepaalde gevallen een obsessie worden. Mensen gaan fantaseren over hun methode, over het leed van de overlevenden, over hun eigen begrafenis, enzovoort. Het suïcidaal plan evolueert van fantasie naar concrete voorbereidingen. Leken wijzen vaak op één of ander conflict of tegenslag kort voor het suïcidaal gedrag als dé reden, maar in feite is dit vaak slechts een uitlokkende factor of de laatste van vele spreekwoordelijke druppels.

KERNPUNTEN

Suïcidaliteit is een complex en multifactorieel probleem. Centraal staat een onevenwicht tussen beschermende en risicoverhogende factoren.

Er is vaak een cognitieve vernauwing.

Wees extra alert bij één of meer van de volgende zaken: tegen zichzelf gerichte agressie (ook al is deze beperkt tot een cognitief proces), sociale isolatie, middelenmisbruik, psychologische problemen, psychiatrische aandoeningen, ernstige lichamelijke aandoeningen en bepaalde persoonsgebonden situaties.

Durf expliciet te vragen naar eventuele zelfdodingsfantasieën en verken ook andere risicofactoren zoals hopeloosheid en eventuele voorbereidingen.

Maak tijd voor een goed klinisch interview.

Samenwerking met gespecialiseerde hulpverlening is vaak essentieel.

Na een poging tot zelfdoding beleeft de betrokkene vaak een gevoel van opluchting. In veel gevallen is dit echter van voorbijgaande aard; na verloop van tijd nemen de suïcidale gedachten (ideatie) opnieuw toe en erg vaak wordt ook opnieuw overgegaan tot suïcidaal gedrag.

DIAGNOSTIEK IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

Voor de detectie en de taxatie van het suïciderisico bij zijn/haar patiënten kan een huisarts de volgende vier stappen doorlopen: als eerste dient de aanwezigheid van suïcidaliteit in een aantal situaties vermoed te worden (*stap 1*), vervolgens dient dit actief bevraagd te worden (*stap 2*) en dient het risico op het voltrekken van zelfdoding geëvalueerd te worden (*stap 3*), al dan niet in samenwerking met gespecialiseerde hulpverlening (*stap 4*).

Stap 1: Wees alert voor suïcidale fantasieën

Er zijn situaties die gepaard kunnen gaan met denken aan en fantaseren over suïcide (de suïcidale ideatie). Het is uiteraard belangrijk als huisarts om suggestieve verbale of gedragsmatige signalen op te vangen en te inventariseren en om deze te begrijpen vanuit de specifieke context waarin de patiënt zich bevindt. Bepaalde situaties zijn voorbeschikt om aanleiding te geven tot suïcidaliteit (*zie kader*).

Situaties die bijzondere aandacht vergen m.b.t. suïcidale gedachten (ideatie).

Gedragsmatige waarschuwingssignalen

Een eerdere suïcidepoging, neerslachtigheid of teruggetrokkenheid, roekeloos gedrag, zaken op orde brengen en waardevolle bezittingen weggeven, een opvallende verandering in gedrag, houding of uiterlijk, overmatig alcohol- of druggebruik.

Verbale uitingen die wijzen op een suïcidaal proces

Bijvoorbeeld: "Ik kan niet meer verder", "Niets doet er meer toe", of "Ik denk erover om er een eind aan te maken."

Psychologische problemen

- Depressie
- Angststoornissen

Psychiatrische aandoeningen

- Bipolaire depressie (o.a. ook rapid cycling) ^{6,7}
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Psychosen

Lichamelijke aandoeningen

- Terminale, pijnlijke of verzwakkende ziekten zoals kanker
- Hepatitis C, aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen ⁸
- Na chirurgische ingrepen en recente hospitalisaties

Persoonsgebonden situaties

- Homoseksualiteit en biseksualiteit ⁹
- Werkloosheid of pensionering ⁸⁻¹⁰
- Verouderen en toenemend afhankelijk van derden worden
- Bepaalde beroepsgroepen: apothekers, tandartsen, huisartsen en landbouwers, dierenartsen, politieagenten ¹¹; vooral vrouwelijke artsen zouden vaker depressief zijn en minder snel hulp zoeken ¹²
- Als men denkt van schuldig bevonden te worden: er is schaamte en men voelt zich bedreigd

Stap 2: Vraag expliciet naar suïcidale gedachten

Er bestaan geen aanwijzingen dat het expliciet vragen of iemand al eens over suïcide nagedacht heeft, het risico op suïcidaal gedrag zou verhogen ⁹. Integendeel: experts zijn het erover eens dat dit één van de belangrijkste preventiemaatregelen is. Actief vragen naar gedachte- en gevoelsontwikkeling laat immers toe om eventuele risico's beter te identificeren en vervolgens preventief in te spelen op risico- en beschermende factoren. Het is echter van groot belang dat men van de patiënt een mandaat krijgt om deze vragen te mogen stellen. Met de vraag *“Mag ik je een lastige vraag stellen?”* kan de huisarts een opening creëren om dieper op de problematiek in te gaan.

Risicobevraging

Naargelang de context en het verloop van het gesprek kan de huisarts de volgende vragen stellen:

- Hoe vaak denkt u aan suïcide?
- Hoe intens denkt u aan suïcide?
- Hoe wanhopig voelt u zich nu?
- Komen er in uw gedachten ook beelden van suïcide naar boven?
- Welke dingen houden u tegen om suïcide te plegen ^{2?}

Het is hierbij belangrijk dat de huisarts niet alleen een goed inzicht krijgt in de achtergrond en stand van zaken, maar ook een goede vertrouwensrelatie opbouwt met de patiënt. Empathie tonen is even belangrijk als het feitelijke begrijpen. Het is van groot belang dat men zich beschikbaar stelt en luistert naar de betrokkene, dat men de nodige tijd neemt voor hem of haar, rustig spreekt en op het gemak stelt zonder te ondervragen, te veroordelen of kortweg advies te geven op basis van eigen ervaring en voorkeur.

Stap 3: Schat het risico op zelfdoding in (risicotaxatie)

Indien op één van de vorige vragen bevestigend wordt geantwoord, dient men te exploreren hoe actueel de suïcidale ideatie is, of zij toeneemt en of er reeds concrete plannen zijn.

Het gebruik van schalen om het suïciderisico in te schatten lijkt minder aangewezen dan een goed klinisch interview om het individuele risico in te schatten ¹³.

Hopeloosheid is de belangrijkste uitlokkende factor in het suïcideproces en dient zeker systematisch nagevraagd te worden ⁹.

De volgende factoren bepalen verder mee het risico op zelfdoding: verlieservaringen ¹⁴; een familiale geschiedenis van zelfdoding, alcoholisme en/of andere psychiatrische ziekte; de gezinssituatie: gescheiden, weduwnaars en alleenstaande personen, jonggehuwde koppels ⁸. Gedurende de zwangerschap ⁸ en de eerste jaren van het moederschap is het risico op suïcide lager, hoewel juist in deze periode relatief veel psychiatrische problemen voorkomen. Tijdens het puerperium dient men extra alert te zijn ^{14,15}. Ook culturele, filosofische of geloofsovertuigingen kunnen het risico op suïcide beïnvloeden.

Taxatie van het suïciderisico: aandachtspunten

- Ernst van de depressie?
- Belevingswereld van de betrokkene (hopeloosheid, gevoel van waardeloosheid, sterkte van de doodswens en indruk dat dit de problemen oplost)?
- Gedragsfactoren: tegen zichzelf gekeerde agressie, impulsief gedrag en eerdere pogingen?
- Concrete planning: de methode en het moment bepaald, afscheidshandelingen ondernomen zoals een brief of weggeven van zaken?
- Context: afwezigheid van ondersteuning in omgeving, beschikbaarheid van middelen, familiaal, maatschappelijk of cultureel moeilijke situaties?

Stap 4: Werk samen met de gespecialiseerde hulpverlening

Er zijn in de wetenschappelijke literatuur geen gegevens voorhanden over eventuele verschillen tussen huisartsen en specialisten wat de effectiviteit van detectie en taxatie betreft.

Elke huisarts dient zelf af te wegen of de werkbelasting die gepaard gaat met een verantwoorde risicotaxatie van suïciditeit haalbaar is en of zijn competentie hiervoor voldoende is.

Anderzijds stelt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) als internationale consensus dat men naar gespecialiseerde hulpverlening moet verwijzen bij psychiatrische ‘comorbiditeit’ of indien belangrijke uitlokkende factoren aanwezig zijn ¹³.

Op basis van een consensusstudie bij Vlaamse huisartsen, psychiaters en psychologen kan het volgende vooropgesteld worden ¹⁶:

- Bij suïcidale ideatie wordt in principe altijd getracht een afspraak te maken voor een snelle volgende consultatie of een afspraak bij gespecialiseerde hulpverlening. Hierbij beoogt men samenspraak over de inschatting van de ernst, een gestructureerd niet-medicamenteus en medicamenteus begeleidingsplan en screening van de onderliggende problemen.

- Patiënten met suïcidegedachten bij lichte stemmings- of angststoornissen kunnen in eerste instantie begeleid worden door de huisarts alleen, mits ze geen eerdere suïcidepoging hebben ondernomen en geen concrete plannen hebben gemaakt (moment, methode, afscheid).
- Indien hopeloosheid deel uitmaakt van het klinische beeld, er een grote doodswens is, er al eerder een suïcidepoging ondernomen is of concrete plannen gemaakt worden (moment, methode, afscheid), wordt verwijzing sterk aanbevolen.
- Elke patiënt met suïcidale ideatie bij ernstige depressie of andere (vermoedelijke) psychiatrische morbiditeit moet door de huisarts gemotiveerd worden voor gespecialiseerde hulpverlening.
- Bij psychotische pathologie dient zelfs een (gedwongen) ziekenhuisopname overwogen te worden ⁸. Een gerandomiseerde klinische trial toonde dat het aantal suïcidepogingen en automutilaties bij patiënten met borderline-persoonlijkheidsstoornissen afneemt, indien gekozen wordt voor een partiële hospitalisatie met psychoanalytische aanpak dan wel voor een standaard psychiatrische opname ¹⁷.

Verwijzingen

In de volgende situaties moet zeker worden verwezen:

- als er psychotische kenmerken lijken te zijn,
- bij een vermoeden van bipolaire depressie,
- bij aanwezigheid van andere psychiatrische pathologie,
- bij overmatig drinken of een vermoeden van druggebruik,
- indien de betrokkene zich isoleert en geen echt contact meer toelaat,
- bij jongeren, in het bijzonder als ze reeds een poging voor zelfdoding ondernomen hebben of indien de suïcidaliteit reeds voor de adolescentie begon of blijft duren ¹⁸.

BESLUIT

De risicotaxatie van suïcide blijft hoe dan ook een moeilijke materie. Door de aard van het onderwerp zijn er weinig gecontroleerde studies om het beleid op te baseren. Richtlijnen komen vooral tot stand op basis van consensus over de betreffende 'good clinical practice'.

Het is zonder meer belangrijk dat de huisarts steeds alert blijft voor deze problematiek, dat hij zich empathisch opstelt en dat hij hierbij ook oog heeft voor het netwerk rond de suïcidale patiënt. Samenwerking met andere diensten is vaak essentieel.

Literatuur

- 1 Maes L, Kerkhof A. Bevolkingsstrategieën. In: Van Heeringen C. Handboek Suïcidaal Gedrag. Utrecht: de Tijdstroom, 2007.
- 2 Kerkhof A. De psychologie van suïcide en suïcidepogers. In: Van Heeringen C. Handboek Suïcidaal Gedrag. Utrecht: de Tijdstroom, 2007.
- 3 Portzky G, Van Autreve S, De Munck S, Van Heeringen K. Suïcidaal gedrag. Epidemiologie en risicofactoren. *Huisarts Nu* 2010;39:12-20.
- 4 Forceville G. De logica van zelfdoding. Een inleiding in de suïcideproblematiek. *Collationes* 2001;31:115-23.
- 5 Van Aelst G. Psychopathologie. Een wegwijzer in de geestelijke gezondheidszorg. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2003;p. 500.
- 6 Kupka RW. 'Rapid cycling' bij bipolaire stoornissen: subtype of prototype. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005;47:93-103.
- 7 http://nl.psychiatrie.be/bgdisplay.jhtml?itemname=P_bipolair&s=1 (laatst geraadpleegd op 25 december 2009)
- 8 Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington: American psychiatric association, 2003. www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_14.aspx
- 9 Van Heeringen C, Kerkhof A. Behandelingsstrategieën bij suïcidaliteit. Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
- 10 Crobie I. Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in the developed countries? *Int J Epidemiol* 1990;19:412-6.
- 11 www.netwerkdepressievlaanderen.be/Artikels (artikel overgenomen uit het VRT-nieuws van 25 augustus 2004)
- 12 www.afsp.org/index.cfm?page_id=05804002-E8F4-13AB-2D4B-97A0815A2744 (laatst geraadpleegd op 25 december 2009)
- 13 Preventing suicide: a resource for general physicians. Genève: World Health Organisation, 2000.
- 14 Dawn D. Parents susceptible to suicide after death of ill child at home. *BMJ* 2006;332:620-1;647-8.
- 15 Currid TJ. Improving perinatal mental health care. *Nurs Stand* 2004; 19(3):40-3.
- 16 Pas L, De Deken L, Van Rossen E. Samenwerking tussen huisartsen en geestelijke gezondheidszorg bij depressie en preventie van zelfdoding. Een synthese ten behoeve van lokaal overleg en toepassing. Maart 2007.
- 17 Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:1563-9.
- 18 Beautrais A. Suicidality in pre-adolescents and early adulthood is associated with psychosocial and psychiatric problems in young adulthood. *Evid Based Ment Health* 2005;8:48.